

Capítulo 6. El hospital 2.0

Jorge Juan Fernández García, Hospital Sant Joan de Déu¹

6. 1 Introducción

La historia de la medicina está repleta de innovaciones, muchas fácilmente reconocibles como el PET-TAC, la decodificación del genoma humano o la robótica aplicada (exoesqueletos). El sector de la salud siempre se ha mostrado muy favorable a la incorporación de tecnología, siendo habitualmente los médicos quienes desean incorporar nuevas tecnologías (entendidas en sentido amplio: desde *medical devices* hasta productos sanitarios) en la práctica asistencial. No obstante, no ha sido la tecnología sanitaria la innovación que más ha impactado la práctica asistencial en los últimos años, sino internet, y especialmente, la revolución de la web 2.0. Curiosamente, en este aspecto, ni los médicos ni las instituciones sanitarias se han adaptado rápidamente. Los pacientes y los usuarios, en cambio, han sido los auténticos *early adopters* (aquellos que compran y prueban productos y servicios nada más estos están disponibles).

Cada año, la revista *Time* (<http://www.time.com>) elige al Personaje del Año. En 1982 el elegido fue “el ordenador”. En 2006, gracias a esta pequeña revolución 2.0, los elegidos fuimos “los usuarios”. Entre las dos portadas de la revista *Time* han pasado 24 años. Este cambio puede ser considerado como la mayor de las disrupciones experimentadas por las instituciones y los individuos en los últimos siglos. El impacto que ha tenido internet y la web 2.0 respecto a otra serie de innovaciones tecnológicas está relacionado con el hecho de que mientras que el resto de tecnologías estaban bajo el control (casi exclusivo) de los profesionales sanitarios, en el caso de internet no existe un control por parte de los mismos

¹ El autor desea agradecer a Miguel Ángel Mañez y Mónica Moro por la revisión y comentarios aportados al capítulo.

y son los propios pacientes quienes usan de forma intensiva estas herramientas de colaboración y participación. Este hecho (el acceso generalizado por parte de los pacientes) está redefiniendo los roles, por un lado, de instituciones y profesionales sanitarios, y por otro, de pacientes y familias. Lo verdaderamente extraño de este nuevo paradigma es que los individuos están mucho más adaptados a estas tecnologías que las instituciones, cuando tradicionalmente el proceso había sido justo al contrario: se trata por tanto de una disrupción diferente a las ocurridas en otras etapas del progreso.

En otras ocasiones (un reciente ejemplo significativo es internet), la disrupción se introducía en el sector de la mano de las grandes instituciones, luego las empresas/instituciones y finalmente los usuarios finales. En el caso de la web 2.0, la disrupción se ha introducido a través de los individuos, como se ha explicado en los capítulos 2 y 3 de este libro que trataban sobre los blogs de salud. Y curiosamente, las instituciones se han quedado atrás. Además, el proceso de aprendizaje se produce ahora de forma inversa: son hijos y nietos quienes enseñan a padres y abuelos. En una primera fase (web 1.0), las webs de las instituciones sanitarias eran vitrinas de información, con bajo nivel de personalización, donde la información era generada por el hospital y consumida por los usuarios. El usuario participaba de forma pasiva del proceso comunicativo. En esta segunda fase (web 2.0), se introducen las tecnologías 2.0 en el sector de la salud, y los usuarios comienzan a crear contenidos en la Red; gracias a ellas, todos los usuarios podemos ser “emisores”. La introducción de las tecnologías 2.0 se ha producido gradualmente. Inicialmente, en 2006-2008 aparecieron iniciativas en la sociedad civil: por un lado, los pacientes empezaron a crear blogs en los que creaban contenidos sobre temas de salud. Por otro lado, algunos emprendedores crearon empresas sobre temas de salud con el objetivo de crear y capturar valor para la comunidad. Este cambio de paradigma es un cambio irreversible: está aquí para quedarse, no se irá, y además está creciendo mucho. Es por tanto vital que las instituciones y

los profesionales sanitarios se adapten e incorporen este nuevo arsenal de tecnologías en su quehacer diario.

6.2 ¿Qué es lo que está pasando? Algunas cifras relevantes que explican el impacto de esta disrupción

El número total de gente conectada online continúa multiplicándose. Más de dos mil millones de personas (un tercio del planeta) son activas en internet. Además, la cantidad de tiempo que la gente invierte allí y el tipo de cosas que hacen también se está multiplicando. Las organizaciones solían ser *early adopters*, pero ese ya no es el caso. Las tecnologías conocidas como web 2.0 o *social media*, como Facebook o Twitter, se han extendido amplia y rápidamente, mucho más entre los individuos que entre las organizaciones. Por ejemplo, a principios de 2012, Facebook alcanzó los 825 millones de usuarios registrados, 500 de los cuales son activos cada día (lo que la situaría como el tercer “país” en volumen de población por detrás de China e India) y Twitter alcanzó los 500 millones de usuarios. Como consecuencia de estos hechos, poco a poco, cada vez son más las instituciones sanitarias que están empezando a interesarse por estos temas. Una serie de tendencias ponen de relieve que esta disrupción es irreversible (ha venido para quedarse) y está en crecimiento (en algunos casos de forma exponencial). Las cuatro tendencias más importantes son:

Tendencia #1: el número de usuarios de internet en España crece

Según el estudio “*La Sociedad de la Información en España 2011*”, de la Fundación Telefonica (2011), si en 2004 un 40% de la población española usaba internet, en 2011 la proporción era del 67,1% (casi 32 millones de españoles conectados). De los españoles entre 16 y 24 años, el 95% son internautas.

Tendencia #2: el número de usuarios que buscan información sobre temas de salud en España crece

Los estudios objetivan que la búsqueda de información sobre temas de salud es una de las tres temáticas más buscadas, junto con el sexo y los deportes (lo que se conoce como las 3S: salud, sexo, *sports*). En España, los datos del Instituto Nacional de Estadística –INE-(2011) sobre el número de personas que buscan información sobre salud en internet señalan que este dato ha crecido en promedio desde el 19% en 2003 hasta el 56,9% en 2011.

Tendencia #3: el uso de las redes sociales en España crece

España es el séptimo país del mundo donde más se usan las redes sociales. La mitad de los internautas pertenecen a alguna; un 78% en el caso de los adolescentes. En ambos grupos demográficos los valores están en crecimiento. Según los datos del estudio *Las redes sociales en internet* del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y la Sociedad de la Información –ONTSI-(2011), el 48,6% de las cuentas individuales de redes sociales de perfil personal (Facebook, Tuenti, etc.) tienen actividad todos los días. Y el 52,2% de las cuentas de redes sociales de perfil personal se conectan una hora o más al día. Por otra parte, Forrester Research (2011) ha señalado que, en términos de tiempo “consumido” utilizando una red social, esta actividad ya consume en EE.UU. más tiempo a la gente que ir a la iglesia, hablar por teléfono, utilizar el email o hacer ejercicio. De hecho es la tercera actividad que más tiempo consume por detrás de ir de compras y cuidar a los niños. Según el *Estudio sobre la seguridad de la información y la e-confianza de los hogares españoles*, en 2010 nueve de cada diez internautas españoles utilizaban las redes sociales, el 80,6% de ellos de forma habitual.²

² Ver: www.inteco.es/file/RAhGH-6Dg8I9HB9gW6FlzA.

Tendencia #4: la penetración de *smartphones* (móviles con acceso a internet) en España crece

Por un lado, la presencia de los *smartphones* se ha generalizado: en 2011, representan un 46% del mercado total y un 60% sobre los nuevos compradores de terminales. Por otro lado, la navegación por *smartphone* representa un 26% de los internautas mundiales, y un 14% en España. Además, el número de descargas totales de aplicaciones móviles ha alcanzado recientemente los 15.000 millones en el AppStore de Apple, siendo las aplicaciones de salud una de las categorías más relevantes. Según la consultora estadounidense Juniper Research (2011), la expectativa es que en 2012 más de 44 millones de *apps* relacionadas con salud se descarguen a través de móviles. Además, la banda ancha móvil ha desplazado a la fija como principal vía de acceso a internet: 12,5 millones de móviles conectados y activos (septiembre 2011). Comparándolo con la media de los países europeos, la penetración del internet móvil en España es casi 9 puntos porcentuales superior a la media de la UE-27. Según estudios de las operadoras de telefonía móvil, en 2010 la mitad de los usuarios utilizaba ya más el móvil para navegar que para hablar, frente al 23% de los consumidores que usaba el móvil sobre todo para conectarse a la Red. Los datos (el acceso a internet) y no la voz (llamadas) son por tanto el futuro del negocio del móvil.

6.3 Incorporación de tecnologías de la comunicación y de la información (TICs) en instituciones sanitarias

A título aclaratorio, y aunque en algunos foros se está comenzando a hablar de la salud 2.0 como el conjunto de tecnologías 2.0 (lo que habitualmente se conoce como web 2.0 o *social media*) y telemedicina (telemonitorización, teleconsulta, telediagnóstico), en este artículo me referiré exclusivamente a las posibilidades que ofrecen a las instituciones sanitarias el conjunto de tecnologías 2.0. En síntesis, las capacidades que ofrecen herramientas como

wikis, blogs, podcasts, videocasts, tags, RSS, etc. y redes como Facebook, Twitter, YouTube, LinkedIn, SlideShare, etc.

Según Chui *et al.* (2009), la incorporación de tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas, se ha producido en dos oleadas:

1. En la década de los noventa, una primera oleada tecnológica tuvo como eje la introducción en los hospitales de ERP (*entreprise resource planning*), CRM (*customer relationship management*) y SCM (*supply chain management*), con el objetivo principal de automatizar las transacciones rutinarias.
2. Una segunda oleada tecnológica corresponde a la introducción de las tecnologías conocidas como 2.0, las cuales permiten la colaboración y la participación, tanto de profesionales como de pacientes.

Las herramientas 2.0 presentan cinco características frente a la anterior oleada (ERP, CRM, SCM):

1. En primer lugar, las tecnologías 2.0 son tecnológicamente más sencillas de implantar y, por extensión, tienen un menor coste. La anterior oleada tecnológica, como su objetivo era automatizar transacciones, precisaba de un esfuerzo intensivo de reingeniería para alinear los procesos. Además, dado que había que conectar múltiples bases de datos, el esfuerzo de integración tecnológica era también importante, haciendo compleja la implantación. Estos dos factores se traducían en proyectos de implantación con una duración larga y con un coste económico elevado.
2. En segundo lugar, precisan un mayor grado de participación por parte de los usuarios para que sean efectivas respecto a las tecnologías de la primera oleada.

A diferencia de los ERPs, los CRMs o los SCMs, que son tecnologías cuyo fin principal era automatizar transacciones rutinarias (pago de nóminas, contabilidad, recursos humanos, datos de clientes, etc.), las tecnologías 2.0 precisan la interacción de los usuarios, ya que son quienes principalmente crean los contenidos.

En tercer lugar, no se necesita 100% de alcance. En el caso de la anterior oleada tecnológica, era preciso que todo el mundo utilizara la herramienta para que tuviera un impacto positivo. De hecho, todo lo que no fuera una implantación total (100%) era un problema. En el caso de las tecnologías 2.0 se construye valor para la organización sólo con que una parte de la organización las utilice. Cuanta más gente las utilice, mejor, pero un volumen bajo de usuarios puede generar mucho valor. No obstante, las tecnologías 2.0, para que funcionen, exigen un cambio de mentalidad (por esa bidireccionalidad) respecto a lo que exigían las herramientas de la primera oleada de tecnologías.

En cuarto lugar, el enfoque de la primera oleada de tecnologías era *top-down* (la dirección ordenaba y todo el mundo tenía que participar con esas reglas). Las nuevas herramientas participativas tienen un enfoque *bottom-up*. No son obligatorias, son libres, y por tanto, para tener éxito, dependen de las contribuciones de los profesionales de la institución.

En quinto lugar, esta segunda oleada tecnológica (2.0) tiene respecto a la primera oleada (ERP, CRM, SCM) la capacidad de tener un verdadero impacto en el *core* del negocio de las instituciones sanitarias: la mejora de la salud de su población de referencia a través de la prestación de servicios de salud. Es decir, afecta a los procesos *core* (la prestación asistencial), no a los de soporte.

6.4 ¿Qué herramientas/tecnologías son las protagonistas de la disrupción?

¿Quiénes son los protagonistas de este cambio? Se pueden identificar 12 herramientas:

1. Blogs

Un blog es un sitio web periódicamente actualizado que recopila cronológicamente textos o artículos de uno o varios autores, apareciendo primero el más reciente, y donde el autor conserva siempre la libertad de dejar publicado lo que crea pertinente. Algunos buenos ejemplos de blogs de médicos (ambos pediatras) en España son: Dr. Santi García-Tornel (Reflexiones de un pediatra curtido, <http://drgarcia-tornel.blogspot.com/>) y Dra. Amalia Arce (Diario de una mamá pediatra, <http://dra-amalia-arce.blogspot.com/>).

2. Micro-blogging (Twitter)

El microblogging, también conocido como nanoblogging, es un servicio que permite a sus usuarios enviar y publicar mensajes breves (alrededor de 140 caracteres). El mejor ejemplo médico a nivel español es el Twitter del Dr. Salvador Casado (@*doctorcasado*).

3. Wikis

Espacio digital que permite compartir y crear conocimiento de forma colaborativa. El mejor ejemplo es WikiSanidad (<http://wikisanidad.wikispaces.com>), la wiki de referencia que agrupa todos los recursos para la comunidad de habla hispana interesada en la salud 2.0. A nivel médico, otro gran ejemplo es WikiSurgery (<http://www.wikisurgery.com>).

4. Vídeos (Vimeo, YouTube, etc.)

Espacio digital que almacena y permite visualizar vídeos desde un ordenador o un dispositivo móvil. En este caso, no se trata de grabar un vídeo y colgarlo en YouTube, sino de crear un canal en YouTube y/o Vimeo. A nivel institucional, uno de los ejemplos más interesantes es el canal de YouTube de Cleveland Clinic (<http://www.youtube.com/clevelandclinic>), canal que actúa como el epicentro de todas sus comunicaciones audiovisuales. Un buen ejemplo en España es el canal del Hospital de Sant Joan de Déu (<http://www.youtube.com/HSJDBCN> y <http://vimeo.com/HSJDBCN>) o el de la Clínica Universidad de Navarra (<http://www.youtube.com/ClinicaUniversitaria>). A nivel individual, un ejemplo que merece verdaderamente la pena es El Blog de Rosa (<http://www.elblogderosa.es/>). El uso del vídeo en el contexto sanitario 2.0 será analizado en profundidad en el capítulo 12 de este libro.

5. Fotos (Flickr)

Espacio digital para almacenar, compartir y comentar/valorar fotografías. El mejor uso por parte de una institución sanitaria lo está haciendo Mayo Clinic (<http://www.flickr.com/photos/mayoclinic/>). La página recoge las fotografías tanto institucionales como de los diferentes eventos en donde el hospital participa o pone en marcha.

6. Audio (*podcasts*)

Consiste en la distribución de archivos de audio mediante un sistema de sindicación que permita suscribirse y usar un programa que lo descarga para que el usuario lo escuche en el momento que quiera. No es necesario estar suscrito para descargarlos. Las universidades lo están haciendo muy bien, especialmente Stanford University (<http://itunes.stanford.edu>). A nivel hospitalario, tanto Cleveland Clinic (<http://www.clevelandclinicmeded.com/online/>

Pablo Medina Aguerrebere - Toni González Pacanowski

podcasts/) como Mayo Clinic con su Medical Edge Radio (*http://podcasts.mayoclinic.org/*) son buenos referentes.

7. Redes sociales generalistas (Facebook, Tuenti, etc.)

Hay muchas redes sociales, aunque la que mayor impacto está teniendo es Facebook. Uno de los hospitales que mejor está utilizando Facebook para impulsar diferentes iniciativas (donaciones, comunicación, información sanitaria) es el Children's Hospital Boston (*https://www.facebook.com/ChildrensHospitalBoston*).

8. Contactos profesionales (LinkedIn)

Red social profesional que permite gestionar la agenda de contactos profesionales. Una posibilidad podría ser crear un grupo en LinkedIn como ha hecho Cleveland Clinic (*http://www.linkedin.com/groups?gid=136543*) para sus *Alumni* (profesionales que antes trabajaron en la institución y ahora ya no), de forma que éstos puedan seguir conectados entre sí y con la institución. Otra posibilidad es crear un grupo sobre un tema concreto, que agrupe a profesionales de diferentes instituciones que compartan el interés sobre el tema en cuestión. El mejor ejemplo en España es el grupo LinkedIn-Gestión Sanitaria (*http://www.linkedin.com/groups/Gesti%C3%B3n-Sanitaria2589299?trk=myg_ugrp_ovr*).

9. Recopilador de presentaciones y/o documentos

Las mejores herramientas son sin duda SlideShare (*http://www.slideshare.net*) e Issuu (*http://www.issuu.com*), que son servicios de publicación de presentaciones y documentos que pueden ser vistas, compartidas y descargadas (si así lo permite quien sube la presentación) por otros usuarios. Son herramientas muy útiles para ampliar el ciclo de vida de cualquier producto de conocimiento.

10. Compartidor de archivos

Se trata de servicios de alojamiento de archivos, en la nube. Estos servicios permiten a los usuarios almacenar y sincronizar archivos en línea, y entre diferentes máquinas (ordenadores, tabletas, móviles), y compartir archivos y carpetas con otras personas. El ejemplo por excelencia es Dropbox (www.dropbox.com).

11. Lectores de feeds-RSS (*Rich site summary* o *Really simple syndication*)

Son programas que permiten la lectura de contenidos de nuestras webs favoritas, sin necesidad de un navegador. Los más utilizados son Google Reader y Netvibes. El usuario se suscribe desde su lector de feeds a las actualizaciones que realicen sus webs favoritas, y el lector de feeds agrega todas estas actualizaciones en un único lugar.

12. Recopiladores de URLs – Marcadores sociales

Son servicios de gestión de marcadores sociales en la web que permiten almacenar, clasificar y compartir enlaces de internet. Los más reconocidos son del.icio.us (<http://delicious.com/>) y diigo (<http://www.diigo.com/>). En vez de guardar las direcciones URL que te interesan en tus carpetas locales, las almacenas a través de estos servicios, que te permiten consultarlos desde cualquier ordenador con conexión a internet. Con un enfoque más amplio, más allá de URLs, Evernote (<http://www.evernote.com/>) es un sistema que permite capturar, ordenar y encontrar notas, ideas, etc. Respecto a las herramientas para compartir artículos científicos entre los profesionales, los mejores ejemplos son Zotero (<http://www.zotero.org/>), Connotea (<http://www.connotea.org/>), CiteULike (<http://www.citeulike.org/>) y Mendeley (<http://www.mendeley.com/>). Estas herramientas permiten a los profesionales almacenar, compartir y descubrir artículos científicos.

6.5 Categorización de iniciativas de salud 2.0

Cuando se produce una innovación disruptiva, como es el caso de la web 2.0, tiene lugar una eclosión de iniciativas que resultan difíciles de categorizar. Uno de los primeros ejercicios para poder identificar estrategias de actuación, tanto para los profesionales como para las instituciones, es ordenar las iniciativas en grupos más o menos homogéneos: clasificar es comenzar a comprender. En el caso de las tecnologías 2.0 aplicadas al mundo de la salud, propongo 8 bloques o categorías: 1) comunidades de pacientes para pacientes, 2) comunidades de profesionales para profesionales, 3) fuentes de información sobre salud, 4) redes de salud, 5) utilidades para pacientes, 6) utilidades para profesionales, 7) transferencia de información / rankings, y 8) provisión online de servicios de salud.

1. Comunidades de pacientes para pacientes

Son espacios en los que los pacientes acuden para compartir tratamientos y problemas de salud entre sí. Además de ofrecer herramientas de monitorización de las condiciones de salud, estas plataformas permiten a los pacientes entrar en contacto con otros pacientes con condiciones similares. El mejor ejemplo es PatientsLikeMe (EE.UU.), una comunidad online para pacientes con enfermedades cuyas manifestaciones físicas o psíquicas disminuyen su calidad de vida. Esta comunidad está transformando la forma en que los pacientes gestionan su propia salud.

2. Comunidades de profesionales para profesionales

Se trata de comunidades formadas por personal asistencial (hay tanto de médicos como de personal de enfermería) donde intercambian artículos científicos, novedades clínicas, dudas, etc., con el objetivo de mejorar los *outcomes* clínicos. En el caso de

médicos, los mejores ejemplos son Doximity (EE.UU.), Doctors.net.uk (Gran Bretaña) y Coliquio (Alemania).

3. Fuentes de información sobre salud

Son repositorios de información con contenidos de salud. Pueden ser contenidos en formato tanto texto, como audio o vídeo. Lo importante es que la calidad del contenido sea científica y contrastada. Estas fuentes de información existen tanto especializadas para pacientes como especializadas para profesionales. El mejor ejemplo es sin duda la Wikipedia, que incluye abundante información médica de calidad. Otros excelentes ejemplos son HealthTuber y Videum, portales de vídeos de contenido médico.

4. Redes de salud

Son comunidades de usuarios (médicos y pacientes) interesados por temas de salud, que combinan la participación de los usuarios en la comunidad, con la información proporcionada por expertos, mediante artículos, noticias y vídeos. El mejor ejemplo es Revolution Health (EE.UU.).

5. Utilidades para pacientes

Son herramientas que permiten a los pacientes participar activamente en el cuidado de su salud y monitorizar su evolución. El mejor ejemplo sería el *Personal health record* (PHR). Con origen en EE.UU., tenemos los ejemplos de Microsoft HealthVault e Indivo – *Personally controlled health record*.

6. Utilidades para profesionales

Son herramientas que sirven a los profesionales en su día a día, bien porque les permiten ser más productivos, bien porque les conectan con otros profesionales. No se trata sólo

de interacción profesional, como ocurre con las comunidades de profesionales para profesionales, sino que son herramientas para usar bien a nivel individual, bien en interacción con otros profesionales. Los mejores ejemplos son Medting (España), una plataforma de intercambio de imagen médica y casos clínicos; y Doctoralia (España), una plataforma que permite a centros y profesionales médicos ofrecer sus servicios, de forma que potenciales usuarios puedan localizarlos por internet y contactar con ellos.

7. Transferencia de información / rankings

Son espacios donde los clientes, ya sean pacientes o familiares, valoran el servicio prestado por las instituciones o valoran a médicos concretos, incrementando la transparencia del sector y mejorando la información disponible para facilitar la toma de decisiones. El mejor ejemplo de valoración de instituciones es Patient Opinion (Reino Unido), el sitio web donde los pacientes del National Health Service (NHS) británico pueden acudir para compartir sus experiencias e historias personales en su interacción con los servicios de salud. El mejor ejemplo de valoración de profesionales es RateMDs (EE.UU.).

8. Provisión online de servicios de salud

Servicio que permite contactar con médicos y que permite visitas y contacto online para recibir salud de la forma más conveniente y accesible para los actuales pacientes (siempre escasos de tiempo). El mejor ejemplo son Hello Health y American Well, plataformas estilo Facebook que utilizan diferentes tecnologías (mensajería instantánea, videochat, email, etc.) con el objetivo de favorecer la accesibilidad de los pacientes a la prestación de servicios de salud (lo que en inglés se denomina el “*online care*”, es decir, formas de atención no presenciales).

6.6 Decálogo de ideas para reflexionar

Según Observatics, el Observatorio permanente de las TICs en Salud (<http://www.observatics.com>), que ha realizado un estudio sobre el uso de las redes sociales en los hospitales españoles (con información a fecha del 13 de septiembre de 2011) solamente alrededor de un tercio de los hospitales españoles tienen web 1.0 (35,5%). Respecto al uso de las herramientas sociales, es aún escaso entre los centros analizados (8,5%). No obstante, el crecimiento tanto en contenidos como el seguimiento de estas páginas crece de forma importante. Se trata por tanto de un campo emergente y en rápido crecimiento, en el que todos estamos aprendiendo. He recogido aquí diez reflexiones que un hospital tendría que considerar antes de decidir su presencia en las redes sociales y durante la ejecución de la misma.

Reflexión #1: estamos muchos, pero no todos

Los usuarios de internet no somos toda la sociedad, sino que somos una parte de ella. Julian Tudor Hart, médico de familia inglés, publicó en 1971 un artículo en *The Lancet* enunciando la “ley de cuidados inversos en salud”, que establece que el acceso a la atención médica o social de calidad varía en proporción inversa a la necesidad en la población asistida. Una extensión de la misma es la ley de los cuidados inversos 2.0, enunciada por Julio Bonis, Rafael Cofiño y Francisco Lupiáñez que establece que “la gente más necesitada de cuidados de salud suelen ser los más desconectados”. En algunos casos aplica menos, como por ejemplo en el caso de los pediatras, donde la brecha digital es mucho menor. Es por tanto importante recordar que el ritmo lo marcarán las personas, no las tecnologías.

Reflexión #2: la salud 2.0 es más complicada que la web 2.0

Las empresas de otros sectores de la economía pueden utilizar las redes sociales en formas que no se ajustan a la legalidad vigente

en el sector de la salud. Por ejemplo, los profesionales de la salud no deberían utilizar Facebook como herramienta para realizar diagnósticos o definir tratamientos de pacientes (aunque soy consciente de que se realiza), porque no cumplen con la LOPD (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal). Tampoco los laboratorios farmacéuticos pueden utilizar las redes sociales para establecer conversaciones en torno a sus productos, porque en el caso de los medicamentos de prescripción es considerado publicidad en algunos países. Por tanto, en un sector tan regulado como es el de la salud, algunas prácticas en las redes sociales que son estándares en otros sectores de la economía, no están permitidas. Este hecho complica la posibilidad de aprovechar el impacto de los medios digitales y sociales.

Reflexión #3: las redes sociales no son medios de comunicación gratuitos

Algunos departamentos de comunicación de algunas instituciones sanitarias han identificado las redes sociales como medios de comunicación gratuitos. Es decir, como instrumentos unidireccionales con los que poder emitir mensajes de la misma forma que los medios de comunicación tradicionales históricamente han comunicado. Creen, por tanto, que han encontrado herramientas para no depender de los medios tradicionales (prensa, radio, televisión) a la hora de hacer llegar sus mensajes. La aparición de las herramientas digitales y sociales ha provocado una evolución desde el modelo “*mass media*” (medios de comunicación tradicionales, modelo *broadcasting*, orientados al público en masa) al modelo “*my media*” donde cada institución puede ejercer la función de emisor de mensajes y de productor de contenidos directamente, sin tener que recurrir a los medios de comunicación tradicionales.

El problema es que algunos departamentos de comunicación (que son quienes principalmente han asumido la responsabilidad

institucional sobre las redes sociales) han comenzado a utilizar las nuevas herramientas sociales como dispensadores de mensajes (en la misma línea en que practicaban la comunicación los medios de comunicación tradicionales, es decir, de forma unidireccional) en vez de como herramientas para el diálogo y la comunicación bidireccional. Desgraciadamente, esas actitudes unidireccionales no funcionan en medios intrínsecamente bidireccionales como son las redes sociales. Es importante entender que las redes sociales no son canales de marketing directo. Por tanto, utilizar los canales sociales como vías de difusión de mensajes exclusivamente institucionales/comerciales es una forma segura de impactar negativamente en la reputación online de la marca.

El siguiente paso que deben dar es desde el modelo “*my media*” (utilizar las redes sociales con una actitud unidireccional) al modelo “*our media*” (utilizándolas como herramientas para el diálogo y la comunicación bidireccional con sus pacientes). No se trata de utilizar estas herramientas como altavoces del contenido propio, sino como herramientas de conversación, sobre nuestro contenido y sobre el contenido (de valor) que generan otros. Por alguna razón, las organizaciones que utilizan las herramientas de redes sociales con una mentalidad unidireccional (característica fundamental de las herramientas 1.0) tienen miedo de compartir información de otras organizaciones, incluso aunque no sean competidoras suyas.

En el caso de los departamentos de comunicación de los hospitales es fundamental que se comprenda que la aparición de las redes sociales no sólo ha introducido un nuevo canal de comunicación, sino que les ha cambiado a sus clientes. Su interlocutor principal deja de ser el periodista y pasa a ser los pacientes y sus familias, como principales usuarios de estas herramientas. Éste es un hecho muy relevante y diferenciador con respecto por ejemplo a lo que les ha supuesto a los profesionales de la salud, para quienes también ha supuesto un canal nuevo, pero a quienes no les ha cambiado los clientes, que siguen siendo los mismos, los propios pacientes

y sus familias. Es por tanto necesario establecer nuevos modelos de relación ante la consolidación de las herramientas 2.0. Como señala Charlene Li (2008), la “nueva normalidad” (impulsada por las redes sociales) se caracteriza por: a) conversaciones, no mensajes unidireccionales; b) humanos, no corporativos; y c) continuos, no episódicos.

Reflexión #4: estar en las redes sociales es barato, pero no gratuito. No obstante, no estar puede tener un coste más elevado

La utilización de herramientas digitales y sociales (tanto las que se clasifican de 1.0 como las de 2.0) se puede dividir en tres componentes: 1) plataforma, 2) contenidos y 3) usuarios. En cuanto a la plataforma, existen dos tipos de soportes digitales. En función de a quién pertenezca el soporte, la propiedad de la plataforma puede ser propia (una red social propia, como Guía Metabólica -www.guiametabolica.org-, donde la propiedad de la base de datos pertenece a la institución que la crea) o ajena (como puede ser cualquier grupo en Facebook, donde la propiedad de la base de datos pertenece a la compañía de Mark Zuckerberg). La rápida evolución de la tecnología ha hecho que el precio de este primer factor (la selección de una plataforma) haya caído vertiginosamente. Por ejemplificarlo de alguna manera, hemos pasado de 200.000 € (hace una década) a 2.000 € (en la actualidad): se le han caído un par de ceros. Sin embargo, el precio de las otras dos variables no ha caído tan rápido.

En cuanto a los contenidos, señalar que la clave está en ofrecer contenidos de calidad. La dificultad radica en que encontrar contenidos sanitarios de calidad en español es complicado, porque su disponibilidad es reducida. Una institución puede seguir tres enfoques diferentes: a) contenido propio (creado por la propia institución y/o por sus profesionales), b) contenido externo (realizado por alguna agencia de comunicación, a la cual la institución compra los contenidos), o c) mixto (una mezcla de

contenido propio y externo). Respecto al contenido externo, uno de los principales creadores de contenidos de salud en español es la prensa escrita. Pero hay que tener cuidado con utilizar esos contenidos porque pueden realizar recomendaciones contrarias a las prácticas asistenciales del centro. Por ejemplo, un artículo recomendando el parto natural, que en tu centro no se realiza.

Más importante que la exclusividad de los contenidos es importante el criterio de selección que pueda tener una institución de reconocido prestigio o un profesional de la salud en la selección/prescripción de *links*, videos y/o *apps*. Aglutinar contenidos propios, mixtos y externos en tu espacio (ya sea una web o un blog el que actúe como repositorio base) es la mejor de las opciones: convertirte en un *content curator* (un seleccionador de contenidos, más allá de un “recopilador-mostrador” de tus propios contenidos). Por otro lado, las cuentas obtienen más seguidores cuanto más activas son. Por tanto, cuanto más se publique más visibilidad se tiene, y mayores las posibilidades de que la gente comparta los contenidos (propios y/o externos), con su consiguiente atracción de tráfico y de seguidores. No obstante, hay que evitar inundar el *timeline* de los usuarios. Una participación correcta podría concretarse en 2-4 actualizaciones diarias y nunca seguidas. Respecto a la carga de trabajo asociada, el contenido hay que distribuirlo a través de los diferentes canales, así como gestionar las comunidades, es decir, las intervenciones por parte de la comunidad y nuestras respuestas. Por tanto, se trata de un canal más que se añade al resto de canales ya en funcionamiento en la institución, y por tanto, implica una mayor carga de trabajo. Resumiendo, la recomendación más importante a seguir es: a) publicar contenidos de alto valor añadido (para quienes te siguen, no para ti), y b) mantener una regularidad determinada en la publicación.

En cuanto a los usuarios, una parte fundamental en la ecuación del 2.0, es importante tener en cuenta que hay dos factores clave respecto a ellos: a) tener el número adecuado, y b) tener el tipo

adecuado de usuarios. Es muy habitual en las etapas iniciales intentar incrementar el número de seguidores, con la idea de conseguir masa crítica, siguiendo la misma estrategia que en las inversiones en negocios: pedir favores a las 3F (*family, friends, fools*). Es una buena estrategia inicial, pero luego es conveniente que tus seguidores sean del tipo adecuado, en función de los objetivos que te has propuesto.

No obstante, y a pesar de todas estas dificultades, no estar en la web social puede salir muy caro, mientras que tener presencia es relativamente barato. Puede salir muy caro porque puede haber gente hablando de ti como profesional o como institución, sin que tú participes en esas conversaciones. Dichas conversaciones ocurrirán online, tanto si quieres como si no quieres. Dado el coste relativamente asequible, es conveniente elegir ser parte de la conversación, porque las reputaciones son más visibles y más vulnerables que nunca. Hay que tener presente que la reputación online es una reputación distribuida: no depende sólo de nosotros. Pero a pesar de que la presencia en redes sociales no permite controlar las conversaciones (en el sentido en que se controlaban los mensajes que se emitían bajo el modelo 1.0), sí que en cambio se puede influir sobre ellas. En síntesis, se puede afirmar que aunque las barreras para participar son relativamente bajas (gracias a la rápida evolución de la tecnología), las barreras son altas si lo que se busca es incrementar el *engagement* de los usuarios (debido a que los contenidos de calidad y alto valor añadido son escasos, y a que los usuarios se enfrentan a un exceso de información).

Reflexión #5: las redes sociales son herramientas que pueden servir para muchos fines. Tienes que decidir cuál es el tuyo

Es por tanto crítico identificar los objetivos a conseguir, porque se pueden hacer muchas cosas con estas herramientas. ¿Qué oportunidades o problemas queremos aprovechar/resolver? Según Pepe Tomé (2011), los objetivos que cualquier organización

puede conseguir mediante la utilización de las herramientas digitales y sociales son cuatro: 1) vender/conseguir que el usuario realice una acción, 2) incrementar el valor de la marca, 3) prestar un servicio, y/o 4) establecer relaciones.

[1] Vender/conseguir que el usuario realice una acción:

En el caso de las organizaciones que comercializan productos y servicios, el objetivo puede ser utilizar las redes sociales como palanca para lograr vender más. Algunos de los ejemplos más interesantes al respecto pueden ser la utilización de la página de Facebook de Privalia como un espacio donde se pueden conseguir algunos productos a precio descontado antes de tiempo; o la utilización por parte de Munich Sports de las campañas en Facebook. En el caso de las organizaciones que no comercializan productos y/o servicios a través de un mercado, el objetivo puede ser utilizar las redes sociales para conseguir que el usuario realice algún tipo de acción: por ejemplo, como realizan algunas entidades sin ánimo de lucro para conseguir incrementar su base de colaboradores/voluntarios.

[2] Incrementar el valor de la marca:

Según Jeff Bezos, fundador y CEO de Amazon.com, “marca es lo que dicen de ti cuando tú no estás delante”. La fragmentación de contenidos hace imprescindible para los usuarios la búsqueda. En consecuencia, la lucha para captar clientes va a ocurrir más y más en el espacio digital. Las decisiones de los consumidores están cada vez más basadas en dos elementos: 1) los resultados que han obtenido en sus propias búsquedas de información; y 2) lo que han oído/leído sobre el producto/servicio o persona en cuestión. Estos hechos son relevantes porque el espacio donde las personas buscan y comentan información de este tipo es cada vez más internet y las redes sociales. La credibilidad es por tanto más importante que nunca. En un mundo con exceso de información, tener una voz propia nunca ha sido más importante.

En estos contextos, la marca juega un rol fundamental. Por otro lado, cada vez más, los hospitales de tamaño medio y grande son organizaciones de conocimiento que compiten con otros hospitales similares por: a) en el caso de los hospitales públicos de tercer nivel, por casos de terciarismo, y en el caso de los privados, por pacientes; b) atraer y fidelizar a profesionales de talento; c) ser receptores de fondos procedentes del mecenazgo; d) captar financiación asociada a la investigación y la innovación; y e) asegurar las alianzas tecnológicas y ser elegidos como *partner* de desarrollo por las grandes empresas tecnológicas (por ejemplo, Living Labs).

[3] Prestar un servicio:

Consiste en utilizar las redes sociales como canales a través de los cuales se pueden prestar servicios, ya sea de atención al cliente (como por ejemplo realiza Vueling) o de soporte post-venta (como por ejemplo realiza Dell), ambos a través de sus respectivas cuentas de Twitter.

[4] Establecer relaciones:

Consiste en utilizar las redes sociales para comunicarse proactivamente con los clientes, estableciendo una conversación auténtica y proactiva en los términos en que interesa a los clientes, y no a la institución. Un buen ejemplo es lo que realizan algunas marcas de moda o algunos establecimientos hoteleros. Seguramente, en los próximos años se acentuará la idea de que el establecimiento de relaciones con usuarios/clientes, más allá de las puras compras de productos o prestaciones de servicios, se convertirá en la única y definitiva ventaja competitiva para las instituciones y sus profesionales.

Estos cuatro objetivos descritos no son excluyentes entre sí. Lo que sí sucede es que en función del objetivo que se quiera conseguir, y en función del *target*, quizás las redes sociales no son el mejor

instrumento para conseguir esos objetivos. Lo importante es definir qué objetivos quiere conseguir la institución: ¿obtener una mejora en resultados de salud? ¿Mejorar la imagen de marca de la institución? ¿Conseguir más clientes? Los canales se han de elegir en función de los objetivos que se quieren conseguir, no en función de su novedad o modernidad. En este sentido, la “última novedad” no es siempre la respuesta adecuada. Una vez definidos los objetivos, las decisiones son más fáciles de tomar.

Reflexión #6: no se trata de utilizar las redes sociales, sino de usarlas para mejorar los resultados de salud

Las redes sociales deben servir para impulsar un cambio de modelo en la prestación asistencial. No se trata por tanto simplemente de utilizar las redes sociales, sino de considerar los *social media* como instrumentos, como herramientas para mejorar los resultados de salud de nuestra población de referencia. Las redes sociales han de servir para profundizar en nuevos modelos de atención sanitaria, donde los roles a asumir por instituciones y profesionales, de un lado; y pacientes, de otro, evolucionen, incorporando nuevas responsabilidades. Por un lado, las instituciones sanitarias (y sus profesionales) han de actuar como los nuevos referentes. El volumen de información existente en la Red es excesivo. Sólo Facebook es a finales de 2011 mayor que era todo Internet en 2004, eclipsando países enteros (con 825 millones de usuarios, sería el tercer país del mundo en tamaño). Otro dato: según Eric Schmidt (Google), cada dos días producimos tanta información como se creó hasta 2003.

A pesar de la cantidad de información, no se ha cumplido el axioma de que “más información es mejor”. Al contrario, la eclosión de contenidos (primero con la aparición de internet y las webs 1.0 unidireccionales, y luego, con la aparición de las redes sociales) ha tenido dos efectos críticos en la cadena de valor de la prestación asistencial:

Primer efecto: se ha adelantado el “momento de la verdad”

El “momento de la verdad” es un término acuñado por Jan Carlzon, ejecutivo de las líneas aéreas SAS, para denominar el momento en que se encuentran el prestador y el receptor del producto/servicio.

Con la introducción de internet, este “momento de la verdad” se adelantó, porque los pacientes y/o sus familias consultaban información médica antes de acudir a la consulta del médico.

El médico sabe bien que la prestación asistencial nunca volvió a ser igual: la broma que circula es que “un paciente no es un paciente si no trae a la consulta un buen montón de hojas impresas con información sobre su enfermedad”.

La consulta siempre ha sido el centro de la interacción entre el médico y el paciente. Exactamente igual que le sucedió a la banca, que movió su epicentro de la oficina bancaria a la banca electrónica, los espacios digitales acabarán siendo el principal punto de interacción para los pacientes. Por tanto, el grueso de las comunicaciones acabarán ocurriendo online.

Los hábitos de consumo de información han cambiado. El primer momento de la verdad tiene lugar cada vez más en los espacios digitales. Anteriormente, lo que era importante era el “*Top of mind*” (que tu marca fuera lo primero que le viniera a la cabeza al usuario/cliente cuando pensara en una categoría de producto; por ejemplo Sant Joan de Déu cuando piensas en atención médica especializada en pediatría). Las nuevas generaciones ya no se preocupan por memorizar “trozos de información”, porque saben que las pueden encontrar a través de los buscadores (si es que alguien se ha preocupado de establecer una presencia digital). Tener una presencia digital no es tener una *URL* con una web con muchos colores y unos iconos grandes. Las marcas deben trabajar intensamente en estar allí donde desean ser encontradas

por quienes las buscan: en internet. Es por tanto más relevante el “*Top of find*” que el “*Top of mind*”.




Este cambio ha provocado que la relación médico-paciente esté cambiando, desde un modelo unidireccional y paternalista, en el que el profesional asistencial indicaba al paciente lo que tenía que hacer, a un modelo de medicina participativa (<http://participatorymedicine.org>), en el que los pacientes participan en el proceso de decisión (*shared decision making*), intensificando el auto-cuidado (“*from health care to self-care*”). Estudios científicos han demostrado que los pacientes activos en el manejo de su salud consumen un tiempo menor en la consulta, y ésta es de mejor calidad.

Segundo efecto: la convergencia emisor-receptor ha provocado cambios en la distribución de los contenidos, causando una pérdida de las referencias.

Este segundo efecto, en paralelo a la expansión de las redes sociales, tiene que ver con la distribución de esos contenidos. La ecuación emisor-receptor ha cambiado para siempre, produciéndose una convergencia entre el emisor y el receptor.

Hasta antes de 2005, estaba muy clara la separación entre emisores y receptores: las organizaciones eran los emisores y los individuos eran mayoritariamente receptores. La vieja ecuación de los medios de comunicación tradicionales ha cambiado, el emisor ya no es único. Ahora ya no estamos divididos entre productores y consumidores de contenidos.

Especialmente con la aparición de Facebook y Twitter, los individuos se convierten en canales, porque son ellos quienes distribuyen la información fuera de los límites de sus propios espacios. Las instituciones pasan de tener “x” clientes/usuarios a tener “x” *broadcasters* (o emisores/compartidores de contenido con sus propias redes, no con las tuyas). Utilizando Facebook





Pablo Medina Aguerrebere - Toni González Pacanowski

y Twitter, profesionales de la salud y pacientes empiezan a compartir millones de links, de los temas que les parecen relevantes. Además, con sus propias opiniones modifican el propio contenido, incrementando o reduciendo su valor.

La consecuencia de estos dos efectos en conjunto es que existe mucho contenido disponible, pero:

Se ha producido un deterioro del ratio señal/ruido, lo cual dificulta encontrar información de calidad. Además, no todo se ajusta a la evidencia científica: existe mucha des-información (“*misinformation is frequently published*”).

En consecuencia, se han perdido las referencias; pero la verdad no puede ser el promedio entre las diferentes versiones encontradas en la Red.



Además, ante tanta oferta de contenidos, lleva demasiado tiempo encontrar la “mejor información para el problema que estoy buscando”. El Dr. Google es la nueva normalidad entre esta población perdida de referentes. Pero no es suficiente. El buscador Google es excelente en la exhaustividad (ofrecer todo lo que existe sobre un tema), pero muy flojo en la relevancia (la respuesta justa a la pregunta que estoy buscando).

Por otro lado, aunque existan algunas referencias disponibles, mucha de la información disponible no es fácil de entender, porque en algunos casos está escrito en jerga médica, y en otros casos, porque su presentación es poco atractiva desde el punto de vista de la visualización de información.

Algunos estudios han evidenciado que entre un 33% y un 50% de los usuarios que buscan información de salud en internet valoran que la información que encuentran no es fiable.

Una solución a este problema de la calidad de los contenidos de salud podría ser la acreditación. El problema de los sellos de acreditación (HON Code, Web Médica Acreditada, Webs de Interés Sanitario, etc.) es que la acreditación de contenidos exige tiempo y recursos, dos variables escasas por naturaleza en las organizaciones sanitarias. Por tanto, ante este contexto, la reputación ejerce como sustituto de la acreditación.

En síntesis, existe una ventana de oportunidad para departamentos de salud, instituciones sanitarias y profesionales de la salud para aportar valor, convirtiéndose en nuevos referentes, lo que en el lenguaje digital se define como “*curators*”, aportando información independiente y objetiva, fiable y de calidad, y con el nivel de lenguaje adecuado. Por otro lado, los pacientes han de convertirse en agentes activos de su propia salud. Sin duda, los pacientes han sido hasta ahora el recurso más infrautilizado de nuestros sistemas de salud. En cambio, bajo este nuevo esquema, los ciudadanos no son unos actores pasivos. Tradicionalmente, el esquema de funcionamiento en salud ha sido muy paternalista, y siempre se ha actuado como si los pacientes no pudieran hacer nada. En cambio, un paciente informado es un aliado. Existe una extensa evidencia científica que demuestra que las enfermedades están mejor controladas cuando el paciente está implicado en su manejo. Se necesita un ciudadano activo con su enfermedad, pero también con su salud. Quien es activo con su salud, también lo será con su enfermedad: “un ciudadano bien informado es más difícil que enferme; un paciente bien informado es más fácil que se cure antes”.

Para convertir un evento discreto (la visita médica, cuya frecuencia oscila entre 2 y 4 visitas anuales) en un evento continuo (el paciente como co-responsable, los 365 días del año) es preciso transformar la proximidad que favorecen las redes sociales, para convertir a los usuarios/clientes en miembros de una comunidad, de un grupo, mediante la creación de entornos que favorezcan buenas conversaciones. Las redes sociales te acercan a tus clientes

antes, durante y después de tu relación en el centro hospitalario. Lo digital permite dotar de continuidad a la relación con el cliente, extendiendo la experiencia e incrementando el valor de la misma. El acto de curar es presencial, pero el acto de prevenir, cuidar y acompañar puede ser social y no exclusivamente presencial, apoyado por las tecnologías disponibles. Porque en las redes sociales la gente no busca información y accesibilidad a profesionales exclusivamente, sino también apoyo, compañía, compartir inquietudes y esperanzas, etc. Estudios recientes (*International Journal of Medical Informatics* y *Journal of Health Communication*) objetivan que las redes sociales aumentan la adherencia al tratamiento y medicación, así como la atención que ponen estos pacientes en el autocuidado de su salud. También concluían que los enfermos crónicos experimentan claras mejorías emocionales y de conducta, que revierten en una mejora de su estado de salud.

En síntesis, son las instituciones y los profesionales quienes deben liderar el proceso para instaurar el troyano de la co-responsabilidad en los propios pacientes. El paternalismo médico que tan bien representaba el chiste en que un médico y un grupo de residentes pasando visita le dicen al paciente: “cuando queramos su opinión ya se la daremos”, es historia. Por todo ello, el *empowerment* de los pacientes tiene potencial para ofrecer un retorno de la inversión alto de cara a favorecer la sostenibilidad del sistema.

Reflexión #7: el modelo de presencia digital y la *social media policy* determinan los resultados, mucho más que otros elementos estratégicos

Una vez definidos los objetivos que se quieren conseguir, es imprescindible, establecer una estrategia. La estrategia está compuesta por muchos elementos, pero dos de sus elementos más relevantes son: a) el modelo de presencia digital (el binomio plataforma-contenido), y b) la *social media policy* (o política institucional de redes sociales)

[A] Definir un modelo de presencia digital

Es por tanto clave definir los objetivos que queremos conseguir. Una vez claros los objetivos, toca decidir cómo lo voy a hacer (¿qué tecnologías voy a desarrollar en mi institución? ¿En qué plataformas estaré presente (utilizaré plataformas ajenas o construiré propias)? Genís Roca (2002) propuso un esquema sencillo y comprensible que sirve para definir un modelo de presencia digital. Se trata de una matriz construida a partir de dos variables: 1) la fuente de emisión de la acción de comunicación y 2) la propiedad de la plataforma que da visibilidad a la acción de comunicación. Según Genís Roca (2002), todo lo que está en la Red es fruto de una acción de emisión. Se entiende por tanto como acción en la Red “toda aquella actividad orientada a emitir algo”.

El concepto de “fuente de emisión de la acción” se refiere a quién ha preparado aquello que se emitirá. En función de quién lo haga, la fuente de emisión puede ser propia, ajena o compartida. El concepto de “propiedad de la plataforma” se refiere a los soportes digitales que dan visibilidad a aquello que se emite. En función de a quién pertenezca el soporte, la propiedad de la plataforma puede ser propia o ajena. En la etapa de la web 1.0 lo que predominaba eran las plataformas propias con emisiones propias (cada hospital se hacía su propia página web y creaba sus propios contenidos). Según se evolucionaba, y con el objetivo de compartir costes, se empezaron a crear esquemas mixtos (plataformas compartidas con emisiones compartidas). En la etapa de la web 2.0, la propiedad de la plataforma es mayoritariamente ajena y la fuente de emisión de la acción puede ser de los dos tipos: propia o ajena. Es decir, se objetiva una evolución desde la plataforma propia y los contenidos propios y estáticos, a una diversidad multiplataforma y multicanal. Este hecho se traduce en mayor complejidad en la gestión, porque habitualmente las plataformas no te pertenecen (Facebook, Twitter, YouTube, LinkedIn, etc.), pero los usuarios producen contenido sobre tu institución y a ti te interesa aprovecharlo en tu favor.

[B] Definir una política institucional de redes sociales

Ante una nueva realidad, es imprescindible establecer unas reglas de juego, es decir, definir una *social media policy* (una política institucional de redes sociales). Una vez acordados los objetivos y los instrumentos, es por tanto clave acordar las reglas de juego. Existen algunos ejemplos de instituciones de salud que ya han desarrollado su política de redes sociales, y que están disponibles para ser consultadas en *Social media governance: <http://socialmediagovernance.com/policies.php>*. La política institucional de redes sociales puede tener dos enfoques diferentes:

1. Orientativa: señalando una serie de recomendaciones sobre cómo interactuar en las redes sociales desde los perfiles personales y/o profesionales.
2. Punitiva: un conjunto de normas cuyo incumplimiento acarrea una serie de sanciones. Es el caso por ejemplo de Apple, quien a finales de 2011 despidió a un empleado por incumplir su política de redes sociales al realizar comentarios negativos sobre la compañía a través de Facebook.

Las políticas institucionales de redes sociales recogen de forma exhaustiva todas las posibilidades que se podrían dar en las redes. Lo más habitual es que un volumen muy importante de la casuística para la que se establecen procesos y formas de actuación nunca llegue a ocurrir. La experiencia de los *early adopters* demuestra que no sucede nada que no estuviera ya pasando. Además, en el caso de críticas negativas, se ha identificado que el resto de la comunidad actúa en defensa de la institución y de sus profesionales, comentando sus experiencias positivas. Es decir, se pasa de un modelo en que “te defiendes” a uno en que “te defienden”.

Reflexión #8: tener presencia digital en la Red no es lo mismo que tener una estrategia digital en la Red

Una institución no es innovadora ni es 2.0 o social simplemente por el hecho de “estar” en las redes sociales, porque es distinto tener una estrategia que tener una cuenta en redes sociales. La presencia digital en la Red exige de una continuidad. Como he señalado, para lograr obtener el máximo rendimiento, es crítico que la institución tenga una estrategia. Dos son los temas que deberían preocupar al responsable de redes sociales de la institución: 1) acertar con la estrategia adecuada, y 2) no crear estrategias que no pueda ejecutar. Ambas preocupaciones son perfectamente aplicables a cualquier ámbito de la gestión. En otros ámbitos de gestión, como existen barreras de entrada importantes, los equipos directivos no se embarcan en estrategias que no pueden ejecutar. En el caso de las redes sociales, como las barreras de entrada son bajísimas (se tarda alrededor de dos horas en abrir un perfil en las principales redes sociales, con un coste cero), es más frecuente encontrar ejemplos de instituciones que se embarcan en ambiciosos programas que no podrán mantener con la regularidad que las redes sociales exigen.

Reflexión #9: no se pueden diseñar políticas y herramientas digitales con responsables analógicos. Es crítico entender las lógicas digitales y de las redes

La omnipresencia de las redes sociales ha traído consigo una trivialización de los conocimientos y habilidades necesarios. Se ha vuelto tan prevalente (está presente en casi cada aspecto de nuestras vidas) y tan sencillo para los “no tecnológicos” que mucha gente está realizando proyectos en internet y en redes sociales, sin entender las lógicas que hay detrás. Porque puede haberse hecho todo muy sencillo, pero existen unos principios y unas lógicas, que mucha gente que trabaja con “temas digitales” desconoce. Eso de “hágame un vídeo viral”. Si se pudiera calcular cuánto dinero se ha tirado en las organizaciones simplemente

por no observar los principios y las lógicas digitales, a muchos directivos/financiadores les daría un síncope. Por tanto, como recomendación la responsabilidad de impulsar la utilización de las redes sociales no puede recaer en un perfil analógico.

La responsabilidad digital y social en los temas de *social media* trae consigo dos figuras importantes y diferenciadas: el responsable de redes sociales (que es el responsable de fijar estrategias y políticas) y el *community manager* (o *social media manager*) quien es el responsable de la gestión de contenidos y comunidades. En algunas instituciones, esta figura coincide en la misma persona. Respecto al responsable de redes sociales, hay algunos perfiles que no sirven para liderar la conversación desde las instituciones. La aparición de las tecnologías 2.0 es una de las mayores disrupciones. Déle esta responsabilidad a alguien joven de mente, que quiera cambiar el mundo. Es la mejor forma de asegurar su éxito. Mi valoración es que si esta responsabilidad se la dejamos al Departamento de Comunicación o al Departamento de Informática, no funcionará, porque tradicionalmente son perfiles que no están acostumbrados a “interactuar directa y continuadamente con pacientes”.

Respecto al *community manager*, es fundamental que el perfil tenga una serie de atributos, independientemente de la formación académica que tenga. Las tres competencias críticas son: 1) alguien propio, interno, que conozca la institución. Es altamente improbable que un becario asuma la cultura corporativa de la organización y realice una buena función en la gestión de las redes sociales de la institución; 2) que sea alguien curioso, porque el mundo de los contenidos exige estar muy al día para encontrar contenidos relevantes continuamente; y 3) con buenas habilidades relacionales, porque buena parte de su trabajo consiste en conocer los procesos ya existentes en la institución y coordinarse con las personas responsables de los mismos.




Reflexión #10: las redes sociales son una herramienta más, no la solución a todos los problemas

En salud, no existe una “*silver bullet*”: ese algo que lo arregla todo, de forma definitiva. Se trata de un problema multifactorial, y como tal, se ha de atacar. Pensar por tanto que sólo con la utilización de las redes sociales se producirá el cambio necesario no es realista. Las redes sociales se tienen que imbricar en un plan global, que tenga en cuenta tanto los objetivos que se quieren conseguir, como cuáles son los mejores instrumentos para lograrlo. Las redes sociales serán una parte de esta ecuación; una parte de la solución, no la única solución. Además, es importante explicar que, con seguridad, no todas las instituciones precisarán estar en las redes sociales en el inmediato y corto plazo. Al menos inicialmente, otras inversiones en tecnologías y sistemas de información serán prioritarias. La respuesta inicial a esta pregunta vendrá determinada por el tipo de usuarios/clientes mayoritarios en nuestra institución, y por su nivel de adopción de las diferentes tecnologías. Con el paso de los años, se extenderá hasta incluir a casi toda la población, y entonces, internet y las redes sociales se convertirán en los medios de comunicación prevalentes. Seguramente en ese momento se dejará de contabilizar y medir su uso como hacemos actualmente, y ocurrirá lo mismo que ha sucedido con las llamadas telefónicas o los emails, que se han convertido en herramientas de comunicación para poder hacer mejor el trabajo.

6.7 Referencias bibliográficas

Chui M, Miller A, Roberts RG. Six ways to make Web 2.0 work, The McKinsey Quarterly, febrero 2009.

Cofiño R. La ley de cuidados inversos 2.0. Salud Comunitaria. Ver: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2010/10/12/la-ley-de-cuidados-inversos-2-0/>.



Pablo Medina Aguerrebere - Toni González Pacanowski


Dans, E. Todo va a cambiar. Deusto, 2010. Ver: <http://www.todovaacambiar.com>.

Deshpande A, Jadad AR. Web 2.0: Could it help move the health system into the 21st century?. Journal of Men's Health and Gender 2006; 3: 332-336.


DosDoce. Chuleta de las redes sociales en España, 2010.

Fernández JJ. Salud 2.0: bienvenido al carnaval de la medicina participativa. Revista SEDISA S.XXI, abril 2010. Ver: [http://www.saludygestion.com/archives/SEDISA%20-%20Salud%202.0%20\(abril%202010\).pdf](http://www.saludygestion.com/archives/SEDISA%20-%20Salud%202.0%20(abril%202010).pdf).

Forrester Research. Varios estudios, 2011.



Fundación Telefonica. La sociedad de la información en España 2011. Ariel, Colección Fundación Telefonica, 2011.



Fundación Telefonica. La sociedad de la información en España 2010. Ariel, Colección Fundación Telefonica, 2010.

Giustini D. How Web 2.0 is changing medicine. British Medical Journal 2006; 333: 1283-1284.

Hartzband P, Groopman J. Untangling the web-patients, doctors, and the Internet. New England Journal of Medicine 2010; 362 (12): 1063-1066.

Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación. Estudio sobre la seguridad de la información y la e-confianza de los hogares españoles, 2º cuatrimestre de 2011 (16ª oleada), 2011.

Kamel Boulos MN, Wheeler S. The emerging Web 2.0 social software: an enabling suite of social technologies in health and health care education. *Health Information and Libraries Journal*, 2007; 24: 2-23.

Lecinski, J. Winning the zero moment of truth. Google, 2011.

Li C, Bernoff J. Groundswell: winning in a world transformed by social technologies. Harvard Business School Press, 2008.

Lupiáñez, F. Salud y sociedad red. Madrid, Ariel, 2010.

McKinsey Business Technology Office (BTO). How Web 2.0 is changing the way we work: An interview with MIT's Andrew McAfee. *The McKinsey Quarterly*, noviembre 2009.

Meskó B. The social media course. Ver: <http://thecourse.webicina.com/>.

Observatics – Observatorio Permanente de las TICs en Salud. Las redes sociales en los hospitales españoles, 2011. Ver: <http://www.slideshare.net/matrasal/observatics-poster-congreso-see-2011-octubre>.

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI). Las redes sociales en internet, 2011.

Roca G. Modelos de presencia en la red, mayo 2002. Ver: <http://www.uoc.es/web/esp/art/uoc/rocag0502/rocag0502.html>.

Rosales, P. Estrategia digital. Deusto, 2010.

Salud y Gestión. Health 2.0 – Salud 2.0: una (posible) categorización. Ver: http://www.saludygestion.com/archives/2009/10/health_20_salud.html.



Pablo Medina Aguerrebere - Toni González Pacanowski

Sarasohn-Khan J. The wisdom of patients: health care meets online social media. California Healthcare Foundation, 2008.

Tomé P. Conecta! Libros de Cabecera, 2011.

Traver V, Fernández-Luque L. (coords.). El ePaciente y las redes sociales. Fundación Vodafone, 2011. Ver: <http://fundacion.vodafone.es/fundacion/es/conocenos/difusion/publicaciones/el-epaciente-y-las-redes-sociales/>.

